

【小児科】 はじめてのかたに

お子さんのお名前：<sup>ふりがな</sup> \_\_\_\_\_ (男・女)

年 齢：( 歳 ヲ月) 最近の体重：( ) Kg

家 族：父 \_\_\_\_\_ 歳 子ども 1. \_\_\_\_\_ 歳 (男・女) 2. \_\_\_\_\_ 歳 (男・女)  
母 \_\_\_\_\_ 歳 3. \_\_\_\_\_ 歳 (男・女) 4. \_\_\_\_\_ 歳 (男・女)

<p>1. どうされましたか ? (○をつけて下さい) 発熱 (最高 _____ °C), せき, たん, ゼーゼー, 鼻みず, 鼻づまり, 頭痛, のどの痛み, 腹痛, 下痢, 食べた物を吐く, 発疹, 育児相談, その他 ( _____ ) その症状は いつからですか ? (今日から・ _____ 日前から)</p>
<p>2. 生まれたときの体重：( _____ ) g 分娩児の異常： なし, あり ( _____ )</p>
<p>3. 今までにかかった病気 (○をつけて下さい) 麻疹 (はしか), 水痘 (水ぼうそう), 流行性耳下腺炎 (おたふく), 風疹 (三日ばしか), 突発性発疹, 喘息, ひきつけ (熱あり・なし), その他 ( _____ ) 入院したことがありますか：なし, あり ( _____ 歳, 病名 _____ )</p>
<p>4. 予防接種は済みましたか ? (済んだものに○をつけて下さい) BCG, 三種混合 (I期 _____ 回, 追加), ポリオ (1回, 2回) 麻しん, 風しん, 麻しん・風しん混合 (1期, 2期), 日本脳炎 (I期 _____ 回, 追加, II期), 二種混合 水痘 (みずぼうそう), 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)</p>
<p>5. アレルギーについて 薬のアレルギー：なし, あり (薬品名： _____ ) 食べ物で合わない物や, 発疹など出たことがありますか ：なし, あり (食品名： _____ )</p>
<p>6. ご家族に次の病気をされた方がみえますか? (○をつけて下さい) 結核, 糖尿病, 高血圧, 心臓病, 喘息, 腎臓病, 肝臓病, 高脂血症 その他 ( _____ )</p>
<p>7. その他 成長や発達の遅れ：なし, あり ( _____ ) 薬の希望がありますか：(水薬・散剤) 希望 特に心配なことや, 気を付けてほしいことがありますか? [ _____ ]</p>